UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1910-1911 — N° 28

De l'Influence des Tumeurs de la Vessie sur le Rein

ET EN PARTICULIER

DE L'ANURIE AU COURS DES NÉOPLASMES VÉSICAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le 16 Décembre 1910

PAR

François-Félix-Albert HERVIER

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 24 Mai 1887

Examinateurs de la Thèse		
	MM. POUSSON, professeur..........	*Président.*
	DEMONS, professeur...........	*Juges.*
	PRINCETEAU, agrégé..........	*Juges.*
	VÉNOT, agrégé................	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1910-1911 N° 28

De l'Influence des Tumeurs de la Vessie sur le Rein

ET EN PARTICULIER

DE L'ANURIE AU COURS DES NÉOPLASMES VÉSICAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le 16 Décembre 1910

PAR

François-Félix-Albert HERVIER

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 24 Mai 1887

Examinateurs de la Thèse	MM. POUSSON, professeur..........	*Président.*
	DEMONS, professeur...........	*Juges.*
	PRINCETEAU, agrégé..........	
	VÉNOT, agrégé................	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES .... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, PICOT, LANELONGUE, VERGELY, LAYET, BADAL .... Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN. PITRES	Pharmacie	DUPOUY.
Clinique externe	DEMONS. VILLAR.	Matière médicale	BEILLE.
Pathologie et thérapeutique générales	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.	DENUCÉ.
Anatomie	GENTES.	Clinique gynecologique.	CHAVANNAZ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Physiologie	JOLYET.	Chimie biologique	DENIGES.
Hygiène	AUCHE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine légale	LANDE.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH.
Chimie	BLAREZ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Histoire naturelle	GUILLAUD.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez .... MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales .... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. VERGER, ABADIE, CRUCHET. | MM. PETGES, J. CARLES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... MM. VENOT, GUYOT, ROCHER. | Accouchements. MM. CHAMBRELENT, PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie .... MM. PRINCETEAU, CAVALIE, AUBARET. | Physiologie .... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle ... MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie .... M. BENECH. | Pharmacie .... MM. BARTHE, LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie	MM. MONGOUR.
Médecine opératoire	BEGOUIN.
Accouchements	CHAMBRELENT.
Physiologie	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire	CAVALIE.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Etudiants en Chirurgie dentaire et élèves sages-femmes)	SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

A MA SOEUR

A M. LE DOCTEUR ORAISON

AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

En vous remerciant infiniment de votre bienveillance.

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En vous remerciant profondément du grand honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce modeste travail.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Nous avons au début de cette thèse le devoir de remercier M. le professeur Pousson, dont nous avons pu, durant notre dernière année d'études, goûter l'enseignement de haute valeur toujours intéressant et semé parfois de charmantes anecdotes; c'est lui qui nous a inspiré cette thèse et qui nous a soutenu de ses conseils bienveillants; nous ne l'oublierons pas et l'en remercions encore une fois.

L'Influence des tumeurs de la vessie sur le rein est une question importante au point de vue du diagnostic et du pronostic de ces tumeurs. Or, les lésions rénales sont très fréquentes dans les néoplasmes de la vessie et on les rencontrerait dans une proportion de 76 pour cent des cas, d'après Clado. Aussi nous avons voulu, dans une vue d'ensemble montrer les diverses complications rénales que pouvaient produire les néoplasmes vésicaux, en insistant néanmoins sur certains points de cette question moins connus, particulièrement sur les tumeurs vésicales à symptomatologie rénale et sur l'Anurie, complication extrêmement grave, dont on n'a que quelques rares exemples et dont je cite deux observations nouvelles dues à l'amabilité de Monsieur Oraison.

Les tumeurs de la vessie ont surtout été étudiées par l'école de Necker ; par M. Guyon et ses élèves; dans ses leçons cliniques de 1888, Guyon en fait une étude clinique très

précise et les travaux de ses élèves, Féré, Pousson, Bazy, Albarran et Clado ont contribué à éclaircir l'anatomie pathologique, l'évolution et la thérapeutique de ces néoplasmes.

C'est durant cette période de 1880 jusqu'à nos jours que se sont éclaircies en même temps que la symptomatologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique de ces tumeurs, leur évolution clinique et les diverses complications rénales qu'elles pouvaient provoquer.

Auparavant déjà, certains auteurs avaient cité quelques observations de complications rénales à l'occasion de tumeurs de la vessie.

En 1839, Lenepveu dans le *Bulletin de la Société Anatomique* (p. 164), signale un cancer encéphaloïde et gélatiniforme de la vessie et de l'S iliaque du côlon avec complication d'hydronéphrose.

En 1864, Nash dans le *British medical Journal* (p. 362), publie le cas de tumeurs villeuses de la vessie accompagnées de néphrite suppurée.

En 1869, Reverdin cite un cas de dilatation kystique du rein et de l'uretère à la suite de papillomes de la vessie, dans le *Bulletin de la Société Anatomique* (p. 149).

En 1876, Chambard signale dans le *Bulletin de la Société Anatomique* (p. 640), un cas de carcinome primitif de la vessie avec dilatation des uretères, lésions rénales et néphrite interstitielle.

Mais, c'est Albarran qui, le premier en 1888, dans sa thèse sur le rein des urinaires, établit une distinction nette entre les lésions aseptiques et les lésions infectieuses provoquées par les néoplasmes vésicaux. Il cite dans cet ouvrage deux cas d'hydronéphrose, qu'il met en regard des lésions infectieuses.

Il établit les lésions aseptiques du rein, constate son atrophie fréquente, et fait des expériences de ligature aseptique de l'uretère sur l'animal comme Charcot et Gombault, en 1878 (Progrès médical p. 71) et en 1882, MM. Strauss et Germont en avaient déjà fait; il montre qu'en pratique ce

qui se passe chez l'homme est souvent identique à ce qui se passe au point de vue expérimental chez l'animal.

En 1895, Clado, dans son Traité des Tumeurs de la vessie montre la fréquence des lésions rénales 76 pour cent des cas, leur prédominance du côté gauche; il fait remarquer les lésions fréquentes de périuretérite et de périnéphrite adipeuse.

En 1898, Boivin dans une thèse très intéressante étudie les rétentions rénales dans les tumeurs vésicales. Il cite 17 cas, où la dilatation des voies urinaires supérieures ne touche que l'urétère, ou l'uretère et le bassinet; 15 cas d'hydronéphrose pure, 6 cas de pyonéphrose.

Tuffier, en 1899, dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, dit que les complications rénales succèdent plus souvent aux tumeurs malignes qu'aux tumeurs bénignes, que les lésions inflammatoires sont celles que l'on rencontre le plus souvent. Il cite également les lésions mécaniques, disant à propos de l'anurie, qu'elle est une complication redoutable, mais heureusement assez rare.

En 1900, Legueu (Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet T. 9, art. vessie), arrive à cette conclusion que les néoplasiques vésicaux meurent plus par le rein que par la cachexie cancéreuse.

En 1903, Lemaistre dans sa thèse sur les tumeurs périuretérales de la vessie étudie avec soin, les symptômes rénaux qui peuvent coïncider avec les symptômes vésicaux et augmenter la difficulté du diagnostic. Il donne de nombreux exemples d'hydronéphrose.

Comme nous traiterons également de l'anurie dans cet ouvrage, citons la thèse d'Eliot parue en 1910, (Etiologie, Pathogénie, traitement de l'anurie au cours de la lithiase et des tumeurs et néoplasmes pelviens), dans laquelle l'auteur cite cinq cas d'anurie due aux tumeurs de la vessie.

Nous allons étudier successivement:

L'action réflexe des néoplasmes vésicaux sur le rein et les tumeurs de la vessie à symptomatologie rénale.

Dans un second chapitre nous étudierons les lésions mécaniques que produisent ces tumeurs: Hydronéphrose, pyonéphrose et atrophie du rein.

Dans un troisième chapitre, les lésions infectieuses qu'elles provoquent.

En dernier lieu, l'anurie complication rare et redoutable des néoplasmes vésicaux.

Comme nous l'avons dit, nous passerons en revue ces différentes complications rénales; et c'est l'anurie qui nous occupera plus spécialement.

CHAPITRE PREMIER

Congestion réflexe du rein. Troubles mécaniques du début.

Tumeurs de la vessie et symptomatologie rénale.

Du fait seul de la présence d'une tumeur bénigne ou maligne dans le réservoir vésical, peut-il s'ensuivre un trouble quelconque du côté du rein? du reste, on ne pourrait guère expliquer une manifestation de ce genre, qu'en prétextant un réflexe vésico-rénal. Mais il n'est pas douteux que ce réflexe existe et qu'une tumeur de la vessie agisse sur le rein par sa simple présence. Il en est de même que pour les calculs vésicaux, pour la rétention d'urine qui produisent également par voie réflexe de la congestion rénale et de la polyurie.

Ces retentissements à distance des tumeurs de la vessie se comprennent quand on pense que le rein et la vessie sont solidaires et que, de même que les maladies du rein influencent l'état de la vessie, de même une affection vésicale exercera son action au niveau du rein.

Par conséquent il sera normal d'observer sur un malade à tumeur vésicale, même et surtout au début de l'affection, une congestion du rein se traduisant par un certain degré de polyurie.

Ce ne sont pas les seules manifestations rénales que peuvent présenter ces malades au début de leur affection. Outre que la présence de la tumeur dans la cavité vésicale irrite la vessie et produit une congestion réflexe du rein, les bourgeons du néoplasme peuvent apporter une gêne à la sortie de l'urine lorsqu'ils sont placés au voisinage de l'embouchure des uretères. C'est ce qui existe dans l'observation placée à la fin de ce chapitre; l'urine ne peut plus progresser comme à l'ordinaire dans l'urétère; il en résulte une congestion provenant de l'exagération de la tension, congestion à laquelle peut s'ajouter de la desquamation épithéliale et des hémorrhagies. Des caillots vermiformes, moulés sur les canaux excréteurs, pourront être expulsés en même temps que le malade présentera des symptômes de colique néphrétique.

Nous serons donc en supposant un tel cas, en présence d'un malade qui tout en ayant une tumeur de la vessie aura des douleurs et des hématuries rénales qui pourraient au premier abord éloigner l'idée de la véritable affection.

Dans ce cas, lorsque le procédé de la palpation hypogastrique combinée au toucher rectal ne permettra pas le diagnostic, c'est au cystoscope qu'il faudra s'adresser, et c'est lui qui nous précisera exactement le siège de la lésion.

Et ces symptômes rénaux, qui dans l'observation citée sont provoqués par une tumeur maligne, on conçoit très bien qu'un simple papillome à pédicule mobile, situé au voisinage de l'orifice uretéral et pouvant venir s'appliquer sur lui et gêner la sortie de l'urine puisse également les provoquer, attirant le diagnostic du côté d'un calcul rénal du côté lésé; Albarran en 1897, dans les *Annales génito-urinaires* cite le cas d'un malade de ce genre qui présentait tous les signes d'un calcul rénal droit (coliques néphrétiques, hématuries, provoquées par la marche et cessant au repos; gros rein douloureux à droite) et qui à la cystoscopie, présentait un néoplasme pariétal englobant l'origine de l'uretère droit

Dans l'observation suivante publiée par le docteur Bensa, en 1907 (Bulletin de la Société de médecine de Nice), nous trouvons encore un exemple de tumeur de la vessie à symptomatologie rénale.

OBSERVATION

M. M..., garçon de restaurant, âgé de cinquante ans, est vu pour la première fois par moi au commencement de 1902. Le malade accuse à ce moment une sensation douloureuse au niveau du rein gauche et des envies fréquentes d'uriner; l'état général n'est pas altéré.

A noter une hématurie, qui ne s'est pas reproduite, à ce que dit le malade. Le rein est douloureux à la palpation et augmenté de volume. L'inflammation vésicale étant à ce moment le symptôme dominant, un traitement en conséquence est appliqué.

Devant la résistance de la maladie au traitement habituel et pensant qu'une cause inconnue entretient l'irritation de la vessie, je fais un examen complet de cet organe.

L'introduction d'une sonde molle est douloureuse. La vessie vidée, je pratique le double palper recto-abdominal et le réservoir urinaire semble encore plein. La sensation n'est pas celle de la fluctuation, on a plutôt l'impression de palper une masse molle.

Le malade ressent au moment où le doigt rectal touche le bas-fond, une violente douleur dans le rein gauche par réflexe vésico-rénal.

L'explication du caractère rebelle de la cystite est donnée et le diagnostic de tumeur de la vessie avec cystite est posé.

M. M... à qui l'opération est conseillée, va consulter à Turin, son pays d'origine, où il est opéré le 20 mars, pour un épithélioma de la vessie largement implanté sur la moitié gauche de la paroi inférieure dans le voisinage de l'uretère. L'opération a consisté en raclage et cautérisation de la base au thermo-cautère.

L'examen microscopique a confirmé la nature maligne de la tumeur. Il ne s'agit donc, dit-il, que d'une trêve dans la maladie qui malheureusement s'est présentée trop tard à l'opération pour une cure radicale.

M. M... garde à la suite de cette intervention un bon état général et local. Il ne souffre plus de douleurs dans le rein gauche jusqu'en 1905. Au mois de mai, le malade a deux crises néphrétiques avec fièvre de 38,5 à 39. Ces deux poussées fébriles de 4 à 5 jours de durée, sont espacées d'une quinzaine de jours.

Après cessation des phénomènes, le malade peut être examiné et la cystoscopie est pratiquée le 5 juin; je trouve une tumeur végétante au niveau de l'embouchure de l'uretère gauche avec un bourgeon inséré près du col vésical. Cette disposition explique les crises de rétention rénale et la gêne dans la miction.

L'intensité des deux dernières poussées fébriles décide le malade à se soumettre à une intervention qui est pratiquée par moi le 8 juin 1905.

Cystostomie sus-pubienne en position de Trendelenburg, incision de la cicatrice; ouverture de la vessie distendue par l'air; excision des deux bourgeons néoplasiques situés à l'embouchure de l'uretère gauche et au col de la vessie; cautérisation de la base au thermo-cautère; drainage avec des tubes de Guyon-Perrier: le volume des deux tumeurs est peu considérable par rapport à celui de la néoplasie qui a nécessité l'opération, il y a 3 ans, et qui remplissait presque la vessie. Les suites furent normales.

L'orifice sus-pubien fut vite fermé et le malade était rétabli à la fin de juillet.

CHAPITRE II

Lésions mécaniques du rein, rétentions rénales

Nous venons de voir dans un premier chapitre comment les tumeurs de la vessie pouvaient dès leur début agir sur le rein et produire du côté de cet organe des phénomènes intéressants. Nous allons maintenant envisager l'action ultérieure de ces tumeurs et en premier lieu nous allons étudier les lésions de compression uretérale et les rétentions rénales qu'elles provoquent.

Les complications mécaniques des tumeurs de la vessie sont ordinairement le fait de tumeurs histologiquement malignes. Plus rarement, mais quelques observations en existent, et nous en citons une en fin de ce chapitre, elles sont consécutives à des tumeurs bénignes.

On peut les classer en deux groupes, suivant que les lésions rénales provoquées demeurent aseptiques ou non.

Dans un premier groupe nous aurons l'hydronéphrose, qui, souvent, aboutit au bout d'un certain laps de temps à l'atrophie du rein.

Dans un second groupe nous aurons l'hydropyonéphrose ou la pyonéphrose pure.

Ces deux groupes eux-mêmes pourraient être subdivisés en deux autres, suivant que ces deux variétés de rétentions restent ouvertes ou fermées.

Anatomie pathologique des rétentions rénales en général.

Suivant le siège de l'obstacle produisant la rétention, la dilatation de l'arbre urinaire commencera plus ou moins haut.

La vessie peut être en état de rétention comme cela s'observe souvent dans les tumeurs de la vessie, rétention accompagnée ou non de dilatation.

Les lésions urétérales sont d'ordinaire le début des rétentions rénales: Les parois de l'urèthre sont parfois mais rarement envahies par la tumeur: La dilatation urétérale est totale ou partielle, affectant parfois un aspect moniliforme.

Les lésions rénales peuvent être d'un degré plus ou moins élevé suivant que la distension s'est étendue plus ou moins. Nous pouvons avec Boivin, considérer trois cas, la simple dilatation des bassinets accompagnée de dilatation urétérale, cette dilatation est avec ou sans distension; dans un deuxième cas les calices sont atteints et nous aurons une distension du bassinet et des calices. Enfin, lorsque la lésion est ancienne, que progressivement la substance rénale refoulée par le contenu liquide ne forme plus qu'une mince couche, la grande dilatation rénale, le rein forme une vaste cavité où l'on trouve par places quelques brides irrégulières, vestiges des anciennes cloisons.

Lorsque l'infection s'est associée aux lésions aseptiques, on a des lésions inflammatoires de l'uretère et du rein comme chez tous les vieux urinaires, de la périuretérite et de la périnéphrite adhésive formant tout autour du rein et de l'uretère une gangue de tissu dur et hypertrophié qui rendent très difficile la dissection de l'uretère et la décortication du rein. Le contenu de la poche varie lui-même lorsqu'il y a infection. Au lieu de contenir comme dans l'hydro-

néphrose, une urine aseptique avec une quantité de matières extractives plus ou moins rapprochée de la normale suivant la résorption, la cavité kystique contiendra un mélange d'urine ou de pus ou même simplement du pus.

Si l'oblitération de la voie uretérale est ancienne, à la rétention primitive peut succéder une atrophie lente du rein comme on l'a constaté plusieurs fois. Il se produit ce qu'on observe au point de vue expérimental, dans les ligatures aseptiques de l'uretère sur le lapin (expériences de Strauss et Germont, expériences d'Albarran).

Pathogénie des rétentions.

La distension vésicale, qui, d'ailleurs, survient principalement chez les gens âgés peut être en cause. Elle provient ordinairement d'une tumeur située près du col et empêchant l'évacuation normale de la vessie, ou encore de ce que la néoplasie s'est propagée à l'urèthre.

Mais le plus souvent, ce n'est pas l'exagération de la tension intravésicale qui produit l'obstacle. Celui-ci siège au niveau de l'uretère, et le plus souvent au niveau de sa portion transpariétale.

Quel est le mécanisme produisant la compression uretérale? Ce n'est pas toujours le même, mais s'il existe, c'est en vertu de cette loi fondamentale que les tumeurs de la vessie ont le plus souvent une situation périuretérale.

Pousson dans sa thèse établissait la fréquence des néoplasmes vésicaux dans la région du trigone.

Clado, Tuffier, Legueu ont admis que la moitié inférieure de la vessie est plus souvent affectée que la moitié supérieure et signalent l'extrême fréquence des néoplasmes dans le voisinage des uretères.

Voyons maintenant les différentes modalités suivant lesquelles pourront se réaliser les Rétentions rénales?

Si une tumeur entoure l'orifice urétéral ou vient s'appliquer contre lui, le passage de l'urine sera obstrué.

L'obstruction peut être également réalisée lorsqu'une tumeur infiltrée de la paroi vésicale comprime l'uretère dans sa portion intrapariétale.

Un troisième mode d'obstacle, plus rare, sera la propagation cancéreuse à l'uretère.

De la cystite ou péricystite scléreuse accompagnant souvent les vieux néoplasmes infectés pourra également comprimer l'uretère au niveau de sa portion transvésicale.

Pasteau a démontré dans sa thèse que les propagations néoplasiques ganglionnaires des tumeurs vésicales étaient fréquentes, dans 85 % des cas dans les tumeurs infiltrées, et 43 % dans les sessiles. Et cette propagation se fait surtout au niveau des ganglions qui s'étendent le long des vaisseaux iliaques internes; à ce niveau l'uretère est en rapport avec eux et peut parfois être comprimé par eux.

Voici donc la pathogénie des rétentions en général. Ces rétentions resteront septiques ou aseptiques suivant l'état de la vessie; lorsqu'en effet, la cystite est déjà venue s'installer, il est évident que l'infection gagnera très facilement les uretères et le bassinet, car la stase de l'urine et la dilatation du rein forment autant de causes prédisposantes à la rapidité et à la gravité de la moindre infection; il y aura rétention absolue et rétention septique. Mais une hydronéphrose primitive pourra secondairement se transformer en pyonéphrose, et, dans ce cas, la communication n'existant plus entre la vessie et le rein, il est évident que c'est par la voie descendante, par la voie circulatoire que s'est faite l'invasion microbienne.

Symptomatologie.

Les rétentions rénales peuvent avoir un cortège de signes assez précis, ou, au contraire, être absolument insidieuses,

ne se manifestant pas par des symptômes nets. On peut cependant tracer un type clinique où se trouveraient réunis les principaux symptômes.

La douleur n'est pas constante; lorsqu'elle existe, elle est continue ou intermittente; parfois c'est une simple sensation de tension, de tiraillement lombaire; parfois on a de véritables crises douloureuses paroxystiques avec douleurs s'irradiant à l'épigastre ou du côté du petit bassin, pouvant même être confondues avec des coliques néphrétiques.

Il peut y avoir de la pollakiurie. Les urines sont troubles ou claires suivant qu'il y a ou non infection. La quantité d'urine reste normale étant donnée l'hypertrophie compensatrice du rein opposé. Si celui-ci fait défaut, nous aurons de l'anurie, phénomène que nous étudierons spécialement dans un chapitre ultérieur.

Les signes généraux sont peu accentués au début mais à la longue l'état général deviendra mauvais. Le malade aura des troubles digestifs, une soif vive, la langue sèche, présentera même des symptômes d'insuffisance rénale ou d'urémie. Il s'affaiblira peu à peu. La douleur, la fièvre, le mauvais état général seront encore plus accentés si les rétentions sont septiques.

D'autre part, l'examen du malade permettra de constater la présence de la tumeur rénale plus ou moins volumineuse, ordinairement régulière.

Et nous en arrivons à ce point très important au point de vue du diagnostic. Supposons en effet, un malade atteint d'hématurie due à un néoplasme vésical, et dont le rein soit gros, le clinicien pourra songer à une tumeur du rein. Le diagnostic différentiel sera fait par l'absence du varicocèle symptomatique des tumeurs rénales, par les caractères de l'hématurie, par la palpation hypogastrique combinée au toucher rectal; et enfin surtout par l'examen cystoscopique de la vessie.

Le diagnostic pourra dans d'autres cas hésiter entre un calcul rénal et une tumeur vésicale, ou encore même avec

la tuberculose rénale. Mais les hématuries n'auront pas les mêmes caractères; elles sont plus précoces dans la tuberculose; le malade présentera des signes pulmonaires, mais en fin de compte c'est le cystoscope qui pourra véritablement établir que la lésion primitive siège dans la vessie.

Traitement des rétentions rénales.

Le véritable traitement serait de s'attaquer à la cause première, c'est-à-dire à la tumeur; mais on ne pourra que rarement employer ce procédé et seulement lorsqu'il s'agira d'une tumeur peu ou pas infiltrée.

On devra donc essayer le plus souvent de soulager simplement le malade; dans le cas d'hydronéphrose, on essaiera le cathétérisme des uretères, lorsque l'on pourra voir distinctement l'orifice uretéral, bien souvent caché par la tumeur.

Dans le cas de pyonéphrose, le traitement de choix sera la néphrostomie, mais on ne pratiquera cette opération que lorsque la pyonéphrose revêtira par elle-même un caractère grave.

1. OBSERVATION DE TOURNEUX

(*Toulouse Médical*, 1909, p. 160.)

Hydronéphrose consécutive à un cancer de la vessie

Eugène B..., âgé de 48 ans, est entré le 9 janvier, salle Saint-Lazare nº 20, pour hématuries et cystite. Depuis six mois environ, le malade était atteint de pollakiurie et avait remarqué que, parfois, à la fin de ses mictions, apparaissaient quelques gouttes de sang; mais il ne se préoccupe guère de son état, si ce n'est à la fin de décembre dernier, époque où ses urines devinrent plus sanglantes, et où des phénomènes douloureux apparurent. Les hé-

maturies étaient spontanées, abondantes, capricieuses, non modifiées par le repos ou la fatigue, terminales, d'une abondance et d'une fréquence augmentant avec la marche de la maladie. Au moment où notre malade est entré dans notre service, la pollakiurie a atteint son plus haut degré; toutes les cinq minutes il est obligé d'expulser quelques gouttes d'une urine très foncée, trouble, à odeur fortement ammoniacale. La cystoscopie ne peut donner aucun résultat, les urines étant trop foncées; au cathétérisme et au toucher rectal, on sentit une vaste tumeur infiltrée, occupant tout le bas-fond vésical et une partie de la région postérieure; la prostate et les vésicules séminales étaient très dures. En présence de ces différents phénomènes, on porte le diagnostic de cancer de la vessie, compliqué de cystite et probablement d'hydronéphrose.

Intervention le 4 février; cystostomie sus-pubienne, curettage de la vessie, puis on referma en laissant une sonde permettant l'évacuation de la vessie. Les résultats furent d'abord excellents, mais par suite de la virulence du contenu vésical, des plaques de sphacèle ne tardèrent pas à se montrer tout autour de la plaie; l'excrétion d'urine diminua encore et le malade mourut de cachexie le 28 février.

L'autopsie fut pratiquée le 28 février. La tumeur cancéreuse occupait presque toute la vessie, obstruant complètement l'orifice de l'uretère gauche et diminuant sensiblement celui de l'uretère droit. La prostate et la vésicule séminale étaient envahies, le rectum était indemne.

L'uretère gauche fortement dilaté et le rein gauche présentaient une hydronéphrose par obturation de l'orifice urétéral; la substance rénale était réduite à un centimètre d'épaisseur et les préparations que nous avons faites en montrent les lésions d'atrophie scléreuse. Le rein droit moins atteint, présente des lésions moins accentuées, mais encore notables; le calibre de son uretère a doublé.

2 OBSERVATION DU Dr SAVERIO SPANGARO

(*Annales Génito-Urinaires*, 1899, p. 95.)

Papillome de la vessie et de l'urèthre suivi d'hydronéphrose

Giovanni N..., trois ans, de parents sains et vivants, commençait à dépérir, lorsque la mère s'aperçut que l'enfant portait ses mains à ses parties génitales, paraissant en souffrir. Le jet d'urine, après quelques efforts, arrivait régulier; seulement, la fin de la miction se faisait goutte à goutte; les urines, teintes en rose, contenaient de petits coagulums. Pas de fièvre. En présence de ces symptômes un médecin appelé diagnostiqua la pierre et fit la taille. Il ne trouva aucun calcul, mais quelques petits amas charnus examinés au microscope firent rectifier le diagnostic et adopter celui de papillome de la vessie.

Suites opératoires bonnes. Mais bientôt survinrent des troubles généraux: œdème des paupières et des membres inférieurs, diarrhée, vomissements, accès éclamptiques; mort dans les convulsions urémiques.

Autopsie. — Hydronéphrose double. Présence de petites tumeurs rondes, occupant tout le bas-fond, de la vessie. Un enduit purulent recouvre toute la néoplasie comme d'ailleurs le reste de la muqueuse vésicale. La tumeur a nettement un aspect villeux et s'est propagée jusqu'à l'embouchure des uretères, comprimés de cette façon à leur bout inférieur, ainsi s'explique l'hydronéphrose Le trait laissé par le couteau du chirurgien dans la cystostomie périnéale pratiquée chez le malade était occupé par une masse irrégulièrement ovoïde, de volume un peu inférieur à celui d'un œuf de poule. Le reste de la cystite présentait les caractères d'un cystite légère muco-purulente.

La tumeur se continuait dans l'urèthre, par de nombreuses petites excroissances, irrégulièrement disposées, déformant et remplissant la lumière du canal. Dans la moitié postérieure de l'urèthre membraneux, ces petites masses néoplasiques, voisines les

unes des autres, mais cependant parfaitement distinctes, étaient disposées en une triple série parallèlement à l'axe du canal; puis jusqu'à la fosse naviculaire, elles se montraient disposées en file double augmentant de volume vers la fin.

L'examen histologique démontre la nature papillomateuse de la tumeur. L'épithélium des papilles est irrégulièrement cylindrique, implanté sur des masses conjonctives formées de conjonctif jeune et irriguées par un vaisseau central, dont les nombreuses arborisations vont se répandre jusque sous l'épithélium de revêtement.

CHAPITRE III

Des lésions infectieuses au cours des tumeurs de la vessie.

En général les néphrites infectieuses des urinaires proviennent non seulement de ce que l'urine est altérée et contient des microbes, mais encore de ce que l'affaiblissement de l'organisme ou la moindre résistance de l'appareil urinaire ont préparé le terrain. Comme le disait très bien Bouchard, pour que l'infection se produise, la rencontre fortuite d'un homme et d'un microbe ne suffit pas.

Il faut encore qu'il y ait état de réceptivité, les conditions sont remplies et même plus que remplies dans les tumeurs de la vessie et l'on trouve en même temps qu'elles un état si favorable qu'il est rare qu'au bout d'un certain temps, des lésions infectieuses ne se greffent pas sur l'affection primitive.

Nous ne voulons pas étudier spécialement l'infection ascendante dans les néoplasmes vésicaux. Il n'y a là en effet, rien qui diffère de ce qui se produit chez les autres urinaires (Rétrécis, Prostatiques, Rétentionnistes).

Les lésions infectieuses produites par les tumeurs de la vessie sont des lésions de pyélo-néphrite ascendante, et cette néphrite affecte elle-même tantôt et le plus souvent le type suppuré, tantôt le type scléreux. A cette néphrite se joint

souvent de la périnéphrite, le rein droit entouré d'une gangue épaisse de tissu adipo-scléreux; quelquefois même cette périnéphrite peut aller jusqu'à la suppuration.

Mais ce n'est pas la description des phénomènes infectieux au point du vue anatomo-pathologique que nous voulons envisager. Nous voulons principalement étudier les deux points suivants: Comment se fait cette infection et les conditions essentiellement favorables qui lui sont créées par l'existence de la tumeur; en second lieu, l'extrême fréquence de ces lésions et comment elles amènent souvent la mort du malade.

La cause première de l'infection ascendante est l'apport du microbe à l'intérieur de la vessie. Cette condition sera remplie par un cathétérisme uréthral septique ou par une exploration intravésicale apportant avec elle le microbe pathogène, d'autres fois, peut-être, par les microbes normaux de l'urèthre exaltant leur virulence.

Mais les conditions secondes interviennent alors: la rétention vésicale une des plus efficaces est fréquente dans les tumeurs de la vessie. Elle affaiblit le courant de l'urine dans l'uretère, amène la stase uretérale et parfois même crée un reflux vers les voies urinaires supérieures. De plus la présence de la tumeur dans la vessie irrite cette dernière et favorise la cystite; souvent même le néoplasme évolue vers le sphacèle ce qui explique ces cystites si graves et si rebelles qui existent fréquemment dans les tumeurs de la vessie. Voilà autant de causes secondes qui favorisent l'infection ascendante.

Il en existe d'autres. On connaît la situation habituelle des tumeurs vésicales. Elles occupent ordinairement la moitié inférieure de la vessie et sont fréquemment situées au voisinage des orifices uretéraux. Cette situation entraîne comme nous l'avons vu à propos des rétentions rénales, de la compression uretérale; si cette compression est absolue si l'urine ne peut plus se déverser dans la vessie, la rétention rénale sera réalisée; si la compression n'est pas absolue, nous aurons simplement une gêne à la progression urinaire

et une stase qui jouera le même rôle que celle produite par la rétention vésicale et facilitera l'infection.

De plus cet obstacle mécanique produit des lésions chroniques et aseptiques du rein, dilatation des canalicules, néphrite scléreuse. Le rein lui-même sera en état de moindre résistance. Il se produit dans ce cas une situation analogue à celle que crée la compression uretérale par l'utérus gravide. Par suite, l'infection ascendante pourra se produire d'autant plus facilement, la voie lui étant tracée pour ainsi dire; et même l'infection pourra se faire directement au niveau du rein par la voie sanguine, par la voie descendante. Nous avons donc établi la série des phénomènes qui rendent si facile l'infection de l'appareil urinaire. La facilité avec laquelle elle se produit est la meilleure raison pour en expliquer la fréquence. En effet, les lésions inflammatoires des uretères et des reins sont si fréquentes dans les tumeurs de la vessie que M. Guyon ne les a vues manquer qu'une seule fois sur les 19 observations publiées dans son livre.

Albarran dans son Traité des tumeurs de la vessie dit ne presque jamais avoir trouvé les reins normaux à l'autopsie. En un mot, chez tous les malades atteints de néoplasme de la vessie et à une période avancée, on trouve des lésions inflammatoires.

Au point de vue symptomatologie, nous aurons chez ces malades de la polyurie trouble, de la douleur, parfois de la tuméfaction rénale; à la longue des phénomènes généraux graves se produisent et souvent même on voit le néoplasme rester au second plan derrière les manifestations aiguës et fébriles d'une infection urinaire dont il a été la cause première.

Nous nous trouvons en effet en présence d'un malade subissant une double intoxication, l'intoxication cancéreuse d'une part; d'autre part l'intoxication urinaire provenant d'une dépuration insuffisante mal assurée par des reins malades.

De l'effet de cette double atteinte résultera rapidement une issue fatale.

C'est ce qui a fait dire à Guyon que chez les néoplasiques vésicaux la mort est due non point à la propagation d'un néoplasme ou à sa généralisation, mais à l'épuisement que détermine la réapparition de plus en plus fréquente des hématuries ou bien à des complications de cystite ou de néphrite « que les malades succombent du fait des accidents urinaires et non de l'affection cancéreuse. »

Et c'est ce que Legueu a traduit en cette simple formule: « Les néoplasiques vésicaux meurent plus par le rein que par la cachexie cancéreuse. »

OBSERVATION D'AUDRY

(*Mercredi Médical,* 1893, p. 525.)

Tumeur infiltrée de la vessie. — Dilatation des uretères et du rein. — Pyélonéphrite

Un serrurier, âgé de 56 ans, se présente à la polyclinique de l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre 1893.

Les accidents qui l'amènent à la consultation ont commencé à se manifester il y a trois ans et demi; le malade éprouva alors quelques douleurs de reins, des besoins fréquents d'uriner, et il se mit à pisser du sang d'une manière intermittente. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus nombreuses et plus abondantes.

Actuellement l'état général est assez misérable. Nous décidons le malade à entrer dans le service, et le 6 décembre une exploration est pratiquée sous le chloroforme; on arrive à poser le diagnostic de néoplasme infiltré et pour soulager le malade, on fait une taille sus-pubienne.

Le fonctionnement du méat sus-pubien fut parfait jusqu'à la fin. La contention de l'urine était complète, les hémorrhagies ne reparurent jamais, enfin les douleurs furent calmées pour longtemps. Cependant trois semaines environ avant la mort, le méat hypogastrique devint un peu douloureux, et il fut facile

de constater son envahissement par l'épithéliome. Des masses dures englobaient latéralement la vessie et gagnaient la fosse iliaque gauche. Enfin des vomissements apparurent, le malade cessa de se nourrir, s'anémia et mourut le 12 mai 1894, il avait été opéré le 3 septembre 1893.

Autopsie: Enormes lésions de péricystite; la vessie était perdue dans des masses grises, dures qui s'étendaient jusque dans la fosse iliaque, soulevant le péritoine intact, ainsi que les viscères intra-péritonéaux.

Les uretères étaient dilatés et pleins de pus.

Les reins présentaient des lésions internes, tous les calices dilatés et pleins de pus.

CHAPITRE IV

De l'anurie au cours des tumeurs de la vessie

Nous avons recueilli toutes les observations où était notée l'anurie au cours des néoplasmes vésicaux. Nous n'en avons trouvé que neuf cas. Nous citons deux observations nouvelles ce qui porte à onze le nombre de cas de ce genre. On peut se demander pourquoi il n'existe que si peu d'exemples d'anurie, alors que les phénomènes de rétention rénale sont si fréquents. Les conditions nécessaires à la production de ce phénomène, nous en donneront tout à l'heure l'explication.

Il existe plusieurs variétés d'anurie.

Elle peut provenir d'un obstacle mécanique empêchant la progression de l'urine dans l'uretère. Elle peut être tubulaire, comme dans les inflammations suraiguës du parenchyme rénal, elle peut être circulatoire comme dans l'asystolie, elle peut être nerveuse, c'est-à-dire due à la lésion des nerfs du bouquet glomérulaire ou encore à une inhibition réflexe comme l'anurie de la colique néphrétique ou celle qui peut se produire à la suide des shocks opératoires.

Dans les tumeurs de la vessie, l'anurie ne pourra être que mécanique, tubulaire ou nerveuse; mécanique, quand la compression urétérale empêche la sortie de l'urine; tubulaire quand les lésions infectieuses ascendantes ont amené

la destruction totale du parenchyme rénal; nerveuse, quand elle survient après une séance opératoire. Si l'apparition du phénomène date de peu de temps, de quelques heures parfois, comme dans l'observation de Küster citée par Albarran où le malade meurt d'anurie 17 heures après avoir été opéré, et dans la première des observations nouvelles que nous publions où le malade est mort le lendemain de son opération, à partir du moment où a eu lieu l'intervention, il est évident qu'alors on peut mettre en cause le shock opératoire ou bien encore l'action du chloroforme sur l'épithélium rénal, et dans ce cas, ce n'est pas la tumeur sur le compte de laquelle on peut mettre l'anurie.

Reprenons maintenant la première variété. Si l'anurie est d'origine mécanique, ses causes seront les mêmes que celles que nous avons signalées à propos des rétentions rénales, mais alors ces actions mécaniques agiront simultanément des deux côtés à la fois.

Nous aurons une compression ou un envahissement des deux uretères par la tumeur (observation d'Eliot), ou une tumeur infiltrée empêchant la sortie de l'urine par rétrécissement dans leur trajet intrapariétal des deux uretères comme cela est noté dans l'observation de Roberts. Il se peut aussi que la péricystite contribue à cette compression ou que les orifices uretéraux soient oblitérés simplement par le néoplasme, comme dans l'observation de Dickinson. Enfin les ganglions infectés par le néoplasme pourraient également être la cause première de la compression. (Obs. de Pasteau).

C'est l'infection suraiguë du parenchyme rénal que d'autres fois l'on pourrait mettre en cause. Mais souvent les deux actions peuvent se combiner et on peut supposer d'un côté une compression d'un uretère pouvant dater déjà de longtemps; l'autre rein qui a fonctionné normalement pendant une certaine période, peut soudain faire défaut par suite d'une infection rapide ou d'une congestion aiguë.

Dans l'observation nouvelle (Obs. 9) que nous donnons à

la fin de ce chapitre, l'absence d'autopsie ne permet pas de poser une affirmation absolue; néanmoins on peut supposer que le rein droit sensible à la palpation devait être en rétention, que consécutivement aux lavages de nitrate d'argent faits dans la cavité vésicale, une congestion aiguë du rein gauche s'est produite qui a entraîné l'anurie.

Nous nous demandions au début de ce chapître l'explication de la rareté de l'anurie au cours des tumeurs de la vessie. Voici notre opinion:

En premier lieu l'attention n'a peut-être pas jusqu'ici été assez attirée sur ce point et des cas de ce genre ont pu passer sous silence.

En second lieu, cet accident extrêmement grave ne semble se produire que dans les néoplasmes avancés alors que les tumeurs ont acquis un volume considérable et peuvent amener à la fois des phénomènes de compression bilatérale. Dans toutes les observations citées, les tumeurs étaient déjà volumineuses et sensibles à la palpation. Or les tumeurs de la vessie arrivent rarement à ce stade avancé sans que des phénomènes de cachexie, d'infection rénale ou une maladie intercurrente d'autant plus active qu'elle agit sur un terrain plus préparé, ne soient venus empêcher par la mort du malade une évolution plus avancée de l'affection.

De là, vient la rareté de l'anurie. Dès qu'elle apparaît le danger est imminent; les accidents urémiques auront tôt fait de mettre fin aux jours d'un organisme déjà peu résistant; aussi de même qu'au malade atteint de diphtérie et qui étouffe, vous pratiquez une trachéotomie d'urgence, de même à ce malade qui n'urine plus et qui étouffe du côté de son rein, vous ferez une néphrostomie immédiate qui assurera pour un temps la dépuration urinaire et pourra prolonger son existence. Cette néphrostomie devra être pratiquée sur le rein le moins malade, sur celui qui a souffert le dernier. Cette intervention proposée au malade de l'observation 9 ne fut pas acceptée. On voit que les moyens simplement médicaux, que la révulsion lombaire, que la théo-

bromine restèrent sans effets véritablement efficaces, bien que paraissant avoir eu un premier succès, mais de peu de durée.

Au contraire, le malade de l'observation d'Eliot, semblait devoir retirer un grand avantage de son opération hâtive, si une maladie intercurrente n'était venue occasionner sa mort.

Donc, dans le cas d'anurie par tumeur vésicale, c'est à la néphrostomie qu'il faut s'adresser, à la néphrostomie immédiate.

1. OBSERVATION D'ALBARRAN

(*In.* Les Tumeurs de la vessie.)

Homme âgé de cinquante-sept ans, début en 1887, symptômes hématurie. On lui pratiqua la taille hypogastrique en 1889. Grosse tumeur à large base; extirpation au galvano-cautère; hémorragie inquiétante non arrêtée par le thermo-cautère. par le perchlorure de fer. Pince à demeure dans la vessie.

Mort 8 jours après d'anurie. Pas d'autopsie.

2. OBSERVATION DE KUSTER, (relatée par Albarran).

(*In.* Les tumeurs de la vessie.)

Homme âgé de cinquante et un ans, début en 1889. Hématuries. Ténesme vésical. Dans les derniers temps, douleurs vésicales intenses. Taille hypogastrique le 7 décembre 1891. Incision longitudinale avec résection de la symphyse. Excision aux ciseaux et cautérisation au thermo-cautère, tamponnement. Position sur le ventre.

Mort en 17 heures par anurie due à une pyélonéphrite déjà existante.

3. OBSERVATION DE RAMKING

(*British med. Journ.* 22 août 1863, II, p. 209.)

Tumeur infiltrée de la vessie

Le malade était âgé de cinquante-huit ans, quand je le vis pour la première fois, et se plaignait de pisser du sang depuis quelque temps.

En l'examinant, j'ai cherché à savoir si le sang provenait de la vessie ou du rein, et j'ai posé le diagnostic de tumeur maligne.

L'hématurie ayant continué, il fut admis à l'hôpital au mois d'octobre dernier.

A son entrée, il était très affaibli, très blanc et urinait en grande quantité un sang noirâtre, mi-partie fluide, mi-partie coagulé.

Les mictions ne pouvaient se faire qu'au prix d'efforts très douloureux, et plusieurs fois on fut obligé de recourir au cathétérisme pour amener l'évacuation de la vessie.

L'exploration vésicale permit de constater que les parois vésicales étaient épaissies et l'examen microscopique du sang y révéla des cellules cancéreuses.

Les remèdes usuels, tels que la térébenthine, acide gallique et acétate de plomb, ne donnèrent aucun résultat.

Quelque temps après, le malade se plaignit de vives douleurs dans la région pubienne, douleurs accompagnées d'irradiations du côté du testicule et de la cuisse gauche.

Plusieurs examens successifs permirent de constater que la tumeur augmentait de volume et s'étendait presque jusqu'à l'ombilic.

La quantité des urines diminua peu à peu pour cesser complètement et le malade succomba après quelques jours de vives souffrances.

Autopsie : Les poumons et le cœur étaient sains.

Le foie était normal.

Les reins étaient gros et congestionnés.

La partie inférieure de l'abdomen était occupée par une tumeur formée par la vessie convertie en masse solide.

Les glandes iliaques étaient cancéreuses ainsi que les vésicules séminales et les parties adjacentes.

Le tout pesait 3 livres.

L'uretère gauche était très dilaté et son orifice était obstrué par une partie de la tumeur.

4. OBSERVATION DE DRAPIER

(*Revue des Sciences méd. de Lille*, 1899. T. I, p. 252.)

Carcinome de la vessie

Le 4 décembre 1898, le nommé X..., âgé de soixante-huit ans, entre à l'hôpital. Cet homme urine du sang pour la troisième fois. Il a eu une première hématurie il y a deux ans et demi, qui a duré 24 heures. Une deuxième hématurie s'est produite un an après et a duré également 24 heures.

Malgré la défense qui lui en a été faite, cet homme est allé en voiture il y a 12 jours; une troisième hématurie s'est produite et dure depuis ce temps-là.

Pas de douleurs dans le bas-ventre, le malade pisse du sang pendant toute la durée de sa miction et est obligé d'uriner souvent.

Le jet n'est pas coupé, comme dans le cas d'un calcul. L'hématurie par ses caractères semble devoir être attribuée à une tumeur vésicale.

L'examen du malade permet de sentir une plaque dure, répondant au trigone vésical. Le diagnostic de cancer de la vessie est porté. L'examen détermina une hématurie assez abondante, et le malade pâlit et maigrit.

Le 15 décembre, il n'urine plus. La rétention d'urine est due probablement à un caillot de sang qui vient obturer l'ouverture du canal de l'urèthre. Le malade refuse absolument de se laisser sonder.

Le 16 décembre, pas d'urine.

Les jours suivants le malade laisse échapper quelques gouttes de sang et d'urine, il refuse toujours de se laisser sonder.

Mort le 29 décembre.

Autopsie: Rein droit volumineux, présentant quelques grosses bosselures. Sur une coupe transversale, on reconnaît que la substance corticale et les colonnes de Bertin sont blanches et comme lardacées.

La substance corticale a une épaisseur de 7 millimètres. En résumé: gros rein blanc.

Les calices et le bassinet présentent un léger degré de dilatation. L'uretère droit est un peu dilaté, et a le volume d'un gros porte-plume.

Rein gauche. Petit, très atrophié, son tissu est dense et compact. La substance corticale a une épaisseur de 2 centimètres environ.

Les calices et le bassinet ont formé des espèces de kystes qui occupent presque toute l'épaisseur du rein.

Le bassinet est très élargi et admet facilement deux doigts. L'uretère gauche sur 5 centimètres au moins, laisse pénétrer le médius; plus loin il a le volume de l'artère iliaque externe.

Vessie. — Dans le trigone tout entier et dans un espace s'étendant du veru muntanum jusqu'au delà de la partie la plus postérieure du trigone et allant transversalement un peu plus loin que d'un uretère à l'autre, on trouve une tumeur cancéreuse, molle, d'aspect blanchâtre.

Sa forme est celle du trigone. La partie superficielle de la tumeur est déjà réduite en bouillie. Vers sa base et près de l'angle postérieur droit, on voit sur la surface vésicale un petit groupe de végétations papillomateuses faisant un relief de 4 à 5 millimètres. On en voit aussi près de l'angle postérieur gauche.

Le centre du trigone est occupé par une ulcération ramollie. Sur une coupe transversale, la paroi vésicale présente un épaississement considérable d'au moins 2 centimètres, au niveau de la néoplasie. Il est manifeste que cet épaississement est dû à l'infiltration du cancer dans la tunique musculaire de la vessie et peut-être au delà.

Du côté droit, l'uretère est un peu dilaté, et a le volume d'un gros manche de porte-plume. Il est perméable et s'ouvre à l'angle postérieur droit de la tumeur, au milieu d'un tissu mou néoplasique.

L'uretère gauche présente un épaississement considérable, il est béant comme une artère iliaque; il est rempli par une masse molle, de nature néoplasique. Un stylet introduit ne pénètre pas. Cet épaississement se constate à deux centimètres environ de la vésicule séminale correspondante. Quand on veut le disséquer, sa paroi se déchire avec la plus grande facilité.

On finit cependant par introduire un stylet et on arrive sur les parties latérales de l'ulcération centrale de la tumeur. Il est facile de constater que c'est dans l'étendue de 2 à 3 centimètres que les parois de l'uretère sont envahies par la masse cancéreuse.

5. OBSERVATION DE ROBERTS

(In th. de Merklen)

Anurie d'abord intermittente puis définitive. — Urémie. — Squirrhe de la base de la vessie englobant les deux uretères

Homme de cinquante-neuf ans, amaigrissement notable, anorexie, douleurs lombaires. Urines pâles et abondantes, mais rendues d'une façon irrégulière. Le malade remarque que lorsque l'urine s'écoule librement, ses douleurs lombaires sont soulagées, qu'elles augmentent, au contraire, lorsque l'urine est supprimée pour quelque temps. Mort à la suite d'une nouvelle crise d'anurie de trois jours en juillet 1871, au milieu de phénomènes urémiques.

Autopsie : Masse squirrheuse occupant la paroi vésicale au niveau de sa base. Muqueuse vésicale saine. Les extrémités terminales des deux uretères traversaient dans la longueur d'un pouce environ la masse squirrheuse ; leur trajet à ce niveau était tortueux et leur calibre rétréci par le tissu environnant; mais on pouvait encore y passer un stylet; ni l'un, ni l'autre n'était complètement obstrué. Rein gauche très atrophié, réduit à une mince coque fibreuse. Rein droit augmenté de volume. Bassinet dilaté, du volume d'un œuf. Parenchyme en voie également de dégénérescence.

6. OBSERVATION DE DICKINSON

(On renal and urinary affections. London, 1885, p. 1302.)

Anurie par cancer primitif de la vessie

Une femme mourut à St-George's Hospital, après une anurie complète de dix jours. Le sixième jour, toutefois, dans un bain, la malade racontait qu'elle croyait avoir émis quelques gouttes d'urine. La vessie était le siège d'un cancer encéphaloïde primitif de la vessie obturant l'orifice des deux uretères.

7. OBSERVATION DE PASTEAU

(Th. de Paris 1898.)

Anurie au cours d'un cancèr infiltré de la vessie

Le nommé Hippolyte B..., maréchal-ferrant, âgé de quarante-sept ans, entre le 28 juillet 1882 à l'Hôpital Necker, salle Velpeau, nº 38.

Néoplasme vésical avec hématurie, cachexie. Par le toucher rectal combiné avec le palper abdominal, on sent une induration très nette.

10 août 1892. Taille hypogastrique. On trouve un cancer infiltré de la moitié postérieure de la vessie, on fait un léger curettage, puis on referme sans intervenir autrement.

Anurie, fièvre, délire. Mort le 18 août.

Autopsie. On trouve les deux reins remplis d'un liquide purulent. Tout le bassin est envahi par des ganglions cancéreux.

8. OBSERVATION DE PASTEAU

(*Société Anatomique*, 20 mars 1903.)

Anurie au cours d'un néoplasme vésical

Homme de soixante-cinq ans, est apporté à Necker dans un état comateux marqué, ne pouvant donner aucun renseignement. Pupilles contractées.

Le malade meurt le lendemain à deux heures et demie de l'après-midi, sans avoir repris connaissance. Une sonde à demeure n'a pas laissé couler la moindre trace d'urine. La vessie était vide, le malade complètement anurique.

Autopsie: Il existe sur tout le trigone et s'étendant au delà des orifices uretéraux des deux côtés un vaste néoplasme infiltré. La gangue néoplasique infiltre toute la paroi surtout à droite. Uretère droit légèrement coudé.

9. OBSERVATION D'ELIOT

(Thèse de 1910.)

Anurie par néoplasme vésical

Mme L..., déjà soignée à l'hôpital Necker, il y a quelques mois pour un néoplasme infiltré inopérable, y revient le 8 mai 1910 au soir, en anurie depuis trois jours, et déjà avec des phénomènes urémiques: céphalalgie, agitation extrême, dyspnée, demandant avec insistance que l'on tente quelque chose pour elle. Et pourtant la malade, avant son entrée à l'hôpital, a tenté de se suicider en se coupant la gorge avec un rasoir. Elle porte de ce fait, au niveau du cou, une longue balafre transversale, n'intéressant que les parties molles mais rougeâtre à bords œdématiés et suppurante. Nous lui proposons une néphrostomie qu'elle accepte. Le rein gauche est choisi comme étant le plus douloureux. Néphrostomie le 9 mars, aidé par le docteur Heitz-Boyer. Le rein est gros, violacé; le bassinet est modérément dilaté. Une bonne épaisseur de parenchyme est encore bien conservée. L'urine s'écoule aussitôt par le drain, plongeant dans le bassinet. La malade émet le premier jour un peu plus d'un litre et demi d'urine. Les jours suivants, la quantité rendue varie de un litre à un litre et demi. Cette urine contient de treize à quatorze gr. d'urée au litre.

Mais les phénomènes infectieux s'accroissent du côté de la plaie cervicale. La malade fait une double parotidite suppurée. Elle meurt le 15 mars à minuit, soit près de sept jours après l'interven-

tion. La sécrétion urinaire s'effectuait cependant d'une façon suffisante.

Autopsie: Vessie: toute la région du trigone et du bas-fond est envahie par une vaste tumeur infiltrée faisant saillie dans l'intérieur de la vessie, sous forme d'une masse bilobée, de la grosseur d'une mandarine. La muqueuse est à son niveau sphacélée, ulcérée par places. Les orifices urétéraux sont retrouvés avec peine. Il est difficile de les cathétériser de bas en haut.

Le rein droit est transformé en une vaste poche uropyonéphrotique, les calices et le bassinet sont très dilatés. Le tissu rénal est réduit à une mince bande d'un centimètre et demi.

Le rein gauche, néphrostomisé, est bien mieux conservé, peu dilaté, avec une bonne épaisseur de parenchyme.

Les deux uretères sont dilatés; le droit beaucoup plus que le gauche. L'uretère droit a le volume d'un doigt. Ils sont incathétérisables de haut en bas également. La cause en est que dans leur partie terminale ils sont non comprimés, enserrés par le néoplasme, comme cela est l'usage, mais que leurs parois se sont laissées envahir par la tumeur.

L'uretère droit dans son trajet intrapariétal est oblitéré par un bouchon néoplasique de la grosseur d'un haricot épaississant sa paroi droite. L'uretère gauche, lui, est envahi circulairement sur une hauteur de quatre centimètres par l'infiltration néoplasique qui obture ainsi presque complètement sa lumière.

OBSERVATION NOUVELLE

(Due à Monsieur Oraison.)

M. V..., soixante-six ans, boulanger.

Le malade, sans antécédents héréditaires, ni personnels, fait remonter le début de son affection à 1901.

A cette époque, sans cause aucune, hématurie assez abondante durant deux jours et cessant spontanément pour laisser place à des mictions absolument normales à tous les points de vue.

Deuxième hématurie plus abondante et de plus longue durée

un an après. Un médecin consulté conseille de l'ergotine, du repos, des boissons abondantes, le régime lacté.

Troisième hématurie inquiétante par son importance six mois avant qu'il vienne me trouver. Depuis cette époque, le malade pisse du sang très souvent, avec des intervalles de mictions claires et souffre des deux reins, particulièrement du droit. Les urines commencent aussi à se troubler et deviennent de plus en plus sales pendant que le malade maigrit et perd l'appétit.

Je le vois pour la première fois en juillet 1904. Il est très affaibli, ne quitte guère son lit, ne mange pas, souffre atrocement au moment des mictions et urine une quarantaine de fois en vingt-quatre heures. Les urines sont très sales, sanglantes et répandent une odeur repoussante. Elles sont en quantité normale. Constipation opiniâtre. Température : 38,5.

En découvrant le malade, on est frappé par l'existence d'une voussure légère à l'hypogastre, voussure qui fait penser à une rétention d'urine. A ce niveau la douleur est assez accusée et il est impossible de déprimer la paroi au-dessous de laquelle on sent une masse résistante.

Les deux régions rénales sont douloureuses, mais seul le rein droit est perceptible par le ballottement.

Au toucher rectal, combiné au palper abdominal, la prostate ne présente rien de particulier ; mais on sent entre les doigts une masse énorme, rénitente, pâteuse, très douloureuse.

Une sonde introduite dans la vessie ramène seulement un peu de liquide sanglant à odeur infecte et ne fait pas diminuer la voussure hypogastrique. Lavage au nitrate à 1 pour 1.000.

L'analyse des urines donne un résultat satisfaisant.

Diagnostic : Enorme néoplasme vésical infecté.

Devant les supplications de la famille et du malade lui-même, et après toutes réserves, je me décide d'intervenir palliativement le 8 août 1904. Très rapidement, je fais la taille sus-pubienne, je nettoie la vessie, je thermocautérise fortement et je termine par un bon drainage avec les tubes de Guyon-Perrier.

Dans la journée, le malade ne rend pas une seule goutte d'urine, ni par les tubes, ni par pansement.

Il est très agité, délirant.

Le lendemain, à cinq heures du matin, il meurt après une nuit d'agitation extrême, suivie d'une heure de coma avec hypothermie et toujours anurique.

Pas d'autopsie.

11. OBSERVATION NOUVELLE

(Due à Monsieur Oraison.)

M. N..., soixante-quatre ans, employé de commerce. Aucun antécédent vénérien. Très bien portant jusqu'en septembre 1908. A cette époque commence, sans cause apparente, à uriner souvent, la nuit surtout. Les mictions deviennent progressivement plus difficiles, plus lentes, mais ne sont pas douloureuses. En janvier 1909, hématurie légère durant trois mictions successives, puis le calme se rétablit. Il voit alors un spécialiste qui, diagnostiquant une hypertrophie de la prostate, lui conseille la prostatectomie qu'il refuse. Il reste sans se soigner jusqu'au 3 octobre 1910, époque où je le vois pour la première fois.

Il raconte alors qu'il n'a plus eu d'hématurie à proprement parler, mais que, depuis trois semaines, les mictions sont devenues très fréquentes, nuit et jour, qu'elles sont très douloureuses et que la fin est marquée par un peu de sang.

Les urines sont très sales et ont une odeur de sphacèle très marquée. L'état général est bien conservé; le malade n'a pas sensiblement maigri; l'appétit est bon. Alternatives de diarrhée et de constipation.

A l'examen, le canal est rétréci et n'admet avec beaucoup de peine qu'un n° 18 qui paraît serré surtout dans la traversée prostatique qui donne une sensation de dureté remarquable. La sonde ramène 500 grammes d'un résidu infecte sanglant. La vessie est inégale, saigne facilement et ne permet pas une évolution facile de l'explorateur métallique, bien qu'elle soit suffisamment garnie de liquide.

Au toucher rectal, la prostate apparaît volumineuse (petite mandarine), rénitente, sauf à droite où l'on trouve une corne très

dure, ligneuse, bosselée et très sensible. La palpation bimanuelle permet de constater la présence d'une masse énorme remplissant la vessie, rénitente, donnant la sensation d'une vessie en rétention. Cette palpation est douloureuse.

Le rein droit est perceptible et sensible. Rien du côté gauche. Les autres organes paraissent en bon état, à part quelques gros râles disséminés dans les deux poumons.

Je diagnostique un néoplasme vésico-prostatique et je conseille la désinfection de la cavité vésicale par les lavages nitratés. Je prescris l'urotropine, une hygiène alimentaire convenable et la désinfection intestinale par le sulfate de soude.

Après quelques lavages bien supportés, le malade est pris dans la nuit du 10 au 11 octobre, d'une hématurie considérable avec rétention de caillots et douleurs atroces. Un lavage très soigneux n'arrive pas à débarrasser complètement la vessie de tous les caillots, mais entraîne l'expulsion de fragments de néoplasme qui confirment le diagnostic. A la suite l'hématurie continue, mais sans douleur.

Température : 38o

Le 12 octobre au soir, l'hématurie a presque cessé, mais le malade n'a pas émis une goutte d'urine. Depuis le matin, il n'éprouve pas le besoin d'uriner et une sonde introduite dans la vessie ne ramène qu'un peu de sang. Etat général assez bon. Météorisme considérable. Température : 38o. Pouls : 100. Purgation. Ventouses sur les régions rénales.

13 octobre. L'anurie persiste complète. Le ballonnement a augmenté. Nausées. Douleur vive à l'hypogastre, à droite de la ligne médiane. Température : 36o8. Pouls : 392. Cataplasmes laudanisés à l'hypogastre. Sonde rectale.

Je propose la néphrostomie en faisant des réserves. L'intervention est refusée. Révulsion sur les régions rénales. Théobromine 1 gr. 50.

14 octobre. — A sept heures et demie du matin, besoin d'uriner. De sept heures et demie à onze heures et demie, 1 litre d'urine sanglante très fétide. Le malade se sent mieux, il a un peu dormi. Le météorisme a diminué. Température : 37o3. Pouls : 100. Purgation à l'huile de ricin. Continuation de la révulsion et de la théobromine.

15 octobre. — Le malade a beaucoup uriné dans la journée du 14 (2 litres). Il n'y a plus de sang, mais le météorisme continue. Sensation de fatigue générale. Langue bonne. Température: 37°4. Pouls: 120. Grand lavement qui amène une défécation abondante.

Du 15 au 19, même état. Plusieurs garde-robes abondantes. Toujours pas de sang, mais incontinence d'urine depuis la veille au soir. Une analyse faite à ce moment prouve que la dépuration urinaire se fait bien. Cependant la quantité des urines a tendance à diminuer.

Du 19 au 22, les urines diminuent de plus en plus; le 22 le météorisme recommence et l'anurie complète s'installe à nouveau. Dans la nuit, l'agitation est telle et les douleurs dans l'abdomen si intenses que je fais une injection de morphine qui calme bien le malade.

23 octobre. — L'anurie continue. Le ventre est très ballonné, très douloureux. Malade très fatigué, en subdélire, répond à peine. Pouls petit, rapide. Hypothermie. Grand lavement glycériné. Théobromine, ventouses scarifiées.

Le malade meurt le même jour à sept heures du soir.

Pas d'autopsie.

CONCLUSIONS

1. La simple présence d'une tumeur dans la vessie peut produire de la congestion rénale réflexe.

2. Dès le début, les tumeurs vésicales peuvent provoquer des symptômes rénaux et présenter l'aspect clinique d'un calcul du rein.

3. Les lésions de rétention rénale proviennent ordinairement d'une compression ou d'une obstruction uretérale qu'explique la fréquence de la situation juxta-uretérale des tumeurs de la vessie.

4. Les rétentions rénales provoquées par les néoplasmes vésicaux sont importantes à connaître au point de vue du diagnostic différentiel que l'on doit faire entre l'affection véritable et les tumeurs du rein, la tuberculose ou la lithiase rénale. Dans tous ces cas la cystoscopie est la clef du diagnostic.

5. Le traitement des rétentions est plutôt symptomatique que causal et souvent se réduit à l'expectative.

6. La fréquence des lésions infectieuses ascendantes provient de la plus grande réceptivité créée par la présence de la tumeur dans la vessie, et de la stase mécanique produite par la rétention vésicale ou la compression de l'uretère.

7. Les néoplasiques vésicaux succombent souvent du fait de l'infection urinaire.

8. L'anurie est une complication rare et redoutable des tumeurs de la vessie. Elle survient surtout à un stade très avancé de l'affection, ce qui explique sa rareté.

9. Elle est causée par l'obstruction ou la compression simultanée des deux uretères; il suffit qu'un seul soit obstrué, si l'autre rein a perdu ou perd brusquement ses fonctions sécrétoires.

10. On ne doit pas considérer comme due à la tumeur, l'anurie qui survient après une intervention chirurgicale sur la vessie.

11. Le traitement de choix de l'anurie est la néphrostomie hâtive.

Vu : bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
A. POUSSON.

Vu : le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 Décembre 1910.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Le rein des urinaires. Thèse de Paris, 1888. Les Tumeurs de la vessie. Paris, 1892.

AUDRY. — Tumeur infiltrée de la vessie. *Mercredi médical*, 1893, p. 525.

BENSA. — Tumeur de la vessie à symptomatologie rénale. *Bulletin de la Société de Médecine de Nice*, 1907.

BOIVIN. — Contribution à l'étude des rétentions rénales, dans les tumeurs vésicales. Thèse de Paris, 1898.

CHAMBARD. — Carcinome primitif de la vessie; dilatation des uretères. Lésions rénales, néphrite interstitielle. *Bulletin Société Anatomique*, 1876, nov., p. 640.

CLADO. — Traité des Tumeurs de la vessie. Paris, 1895.

DICKINSON. — On Renal and Urinary affections. London, 1885, p. 1302.

DRAPIER. — Carcinome de la vessie et anurie. *Revue des Sciences médicales de Lille*, 1889, t. I, p. 252.

ELIOT. — Etiologie, Pathogénie, traitement de l'anurie au cours de la lithiase et des tumeurs et néoplasmes pelviens. Thèse de Paris, 1910.

GUYON. — Maladies de la vessie et de la prostate, 1888. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1897.

LEGUEU. — Art. Vessie dans Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. VIII.

LEMAISTRE. — Tumeurs périuretérales de la vessie. Thèse de Paris, 1903.

LENEPVEU. — Cancer encéphaloïde et gélatini forme de la vessie et de l'Siliaque du côlon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1839, p. 164.

NASH. — Villous tumours of the bladder and suppurative nephritis. *British medical Journal*, 1864, p. 362.

PASTEAU. — Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate, Thèse Paris 1898.

POUSSON. — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. Thèse Paris 1884.

RANKING. — Tumeur infiltrée de la vessie. *British medical Journal.* 22 août 1863, p. 209.

REVERDIN. — Dilatation kystique du rein et de l'uretère. Papillome de la vessie. *Bulletin de la Société anatomique* 1869, p. 149.

SAVERIO-SPANGARO. — Papillome de la vessie et de l'urèthre suivi d'hydronéphrose bilatérale. *Annales génito-urinaires*, 1899, p. 95.

THOMPSON. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, 1894.

TOURNEUX. — Hydronéphrose consécutive à un cancer de la vessie. *Toulouse médical* 1909, p. 160.

TUFFIER. — Art. Vessie, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. 1899. t. VII.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE